

(公社) 福井県栄養士会 宛

FAX : 0776-27-5999

摂食・嚥下障害と栄養管理に関する研修会

参加申込書

ご氏名	
勤務先	
栄養士会のご所属 ※○をつけてください	会員 ・ 非会員
連絡先 (電話番号またはメールアドレス)	

申込締切 平成 27 年 3 月 14 日 (土)

お一人様 1 枚の申込用紙をご使用ください。

お申込は、FAX でお願ひします。

会員の方は当日受付で参加費をお支払ひください。

※非会員の方の参加費 (3,000 円) お振込先

ゆうちょ銀行 00700-2-74487

口座名義 「公益社団法人福井県栄養士会」

振込証を左欄に添付し、FAX でお送りください。

--